



# **INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

### **CASO CLÍNICO: UMA OPORTUNIDADE DE REABILITAÇÃO ORAL**

Trabalho submetido por  
**André Filipe Teixeira de Júdice**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**outubro de 2016**





# **INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

### **CASO CLÍNICO: UMA OPORTUNIDADE DE REABILITAÇÃO ORAL**

Trabalho submetido por  
**André Filipe Teixeira de Júdice**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutor Pedro Abecasis**

e coorientado por  
**Prof. Doutor Pedro Oliveira**

**outubro de 2016**



## **Agradecimentos**

Todos os sonhos devem terminar em concretização e felizmente todo o meu percurso na conclusão deste mestrado foi rodeado de sucesso e acima de tudo felicidade. Mas nenhum percurso se faz sozinho e como tal gostava de agradecer a todos aqueles que foram responsáveis por transformar o meu sonho em vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer toda a disponibilidade, sabedoria e dedicação do meu orientador, o Professor Doutor Pedro Abecasis, sem ele seria impossível a conclusão desta minha tese de mestrado. Ao meu Coorientador Professor Doutor Pedro Oliveira por todo o tempo despendido e orientação no caso clínico.

Um agradecimento muito especial à Direção Clínica do Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz, por toda a oportunidade de aprendizagem tanto a nível científico como disciplinar, que me permitiu concluir este caso clínico.

À academia Egas Moniz, por todo o ensinamento, aprendizagem e transmissão de valores.

A todos os professores, que foram um guia e uma inspiração para que este caso clínico fosse terminado com sucesso.

Ao meu grande e único parceiro de box, Raul Semedo, por todas as aventuras e grandes momentos de aprendizagem que tivemos em conjunto, muito obrigado por nunca me teres deixado sozinho nesta longa caminhada.

A todos os colegas que se cruzaram no meu caminho e que me fizeram acreditar que só com o esforço de todos podemos realizar até o que achamos ser impossível.

À Marta Amorim, por toda a imprevisibilidade e uma amizade que se tornou irmandade. À Sílvia Simões por ser a pessoa mais responsável que conheço e que me ajudou em tantos momentos, que não podia deixar de ser referida.

Aos meus amigos de sempre. Paulo, por todas as conversas, conselhos e por tudo o que me ensinaste. Mário, pelas incontáveis aventuras e longas horas de risada. Frederico, por seres uma inspiração e alguém que mudou a minha vida para sempre. Pedro, por seres o melhor ser humano que conheci até hoje e que tenho o orgulho de chamar amigo para toda a vida.

A toda a minha família, pela formação que me deram e por me tornarem um melhor ser humano, mas um agradecimento muito especial aos meus avós. Os maternos que

infelizmente não podem viver fisicamente este momento tão especial da minha vida, Raul e Lurdes, jamais vos esquecerei. Aos paternos, Luís e Floripes, um obrigado nunca será suficiente para tudo o que fizeram por mim, foram a peça fundamental para transformar o meu sonho realidade, serei eternamente grato.

A ti, Marta, a pessoa que a vida quis a meu lado e que tanto me ajudou. Toda a paciência, paixão, dedicação, sem nunca deixar de acreditar em mim. A melhor e maior surpresa da minha vida, que se tornou num amor inquestionável. Amo-te.

**“Os que são loucos o suficiente para pensarem que podem mudar o mundo, são os que o fazem.”**

*Steve Jobs*

## **Resumo**

Este caso clínico apresentado tem como objetivo a reabilitação oral numa paciente vítima de violência doméstica. Quando tinha 19 anos foi alvejada com dois tiros na cabeça, ficando em coma. Estes problemas deixaram muitas sequelas graves permanentes e visíveis na paciente. Este caso tornou-se um desafio constante devido ao estado psicológico da paciente a conjugar com o seu estado de saúde oral e a sua desfavorável situação económica. A instabilidade emocional tornou-se um problema adicional para a execução da parte clínica tendo sido necessário ganhar a confiança da paciente para a realização dos tratamentos propostos. Sendo um caso multidisciplinar onde estão abrangidas algumas áreas da medicina dentária como é o caso de medicina dentária preventiva, cirurgia, endodontia, dentisteria e reabilitação oral. Este trabalho foi realizado na Clínica Universitária Egas Moniz desde a primeira consulta de triagem até à entrega final da prótese. São descritos neste caso, todas as opções terapêuticas executadas durante todo o processo de reabilitação. Foi prestado auxílio com literatura teórica recente sobre as diversas áreas de medicina dentária abordadas, que foi fundamental para o sucesso do caso.

Palavra-chave: Endodontia, Reabilitação oral, Dentisteria caso multidisciplinar, violência doméstica;





## **Abstract**

The aim of this clinical case is the oral rehabilitation in a patient, victim of domestic violence, who was shot in the head at the age of nineteen years old, leaving her in a coma. The occurrence left severe permanent and visible injuries. This case became a challenge due to the patient's psychological state, oral health and low socioeconomic status. The patient's emotional instability was an additional problem for clinical treatment, as it was necessary to gain the patient's trust, in order to accomplish the medical plan. This is a multidisciplinary case which includes some areas of dentistry as preventive dentistry, surgery, endodontics, dentistry, and oral rehabilitation. The intervention was carried out at Egas Moniz University Dental Clinic, from the screening appointment to prosthesis delivery. In this case study, all the therapeutic procedures performed towards rehabilitation are presented. The accomplishment success of this case was supported by a recent literature review.

**Keywords:** Endodontics, Oral Rehabilitation, Multidisciplinary case, Domestic violence.



## Índice Geral

I - Apresentação do Caso Clínico .....	11
I.I- Medicina dentária preventiva e comunitária.....	17
I.II- Cirurgia.....	17
I.II.I – 1ª Consulta de cirurgia- Exodontia de raízes retidas (1.3;1.5;2.1).....	17
I.II.II- 2ª Consulta de cirurgia – Controlo da cicatrização .....	18
I.II.III – 3ª Consulta de cirurgia – Exodontia dos dentes 2.8. ....	18
I.II.IV – 4ª Consulta de Cirurgia – Controlo e exodontia do dente 3.6.....	18
I.III- Endodontia .....	19
I.IV-Reabilitação oral .....	24
I.IV.I – 2º Consulta de Reabilitação Oral – Impressões definitivas. ....	25
I.IV.II- 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar.....	26
I.IV.III- 4ª Consulta de reabilitação oral – Prova de Dentes. ....	27
I.IV.IV – 5ª Consulta de Reabilitação Oral – Entrega de prótese.....	29
I.V-Dentisteria Operatória .....	31
I.V.I- 1º Consulta de Dentisteria .....	31
I.V.II - 2º Consulta de Dentisteria.....	32
I.V.III- 3ª, 4ª, 5ª e 6ª Consulta de Dentisteria .....	33
I.V.IV- 7ª Consulta de Dentisteria .....	33
I.VI.-Resultado Final .....	38
.....	38
I.VII- Consultas agendadas.....	40
I.VIII-Conclusão sobre os resultados finais.....	41
II- Relatório do caso clinico .....	43
II. I- Triagem.....	43
II.II-Cirurgia .....	43
II.III-Endodontia .....	45

II. IV-Dentisteria.....	50
II.V-Reabilitação Oral.....	52
III-Relação médico- paciente.....	57
IV - Isolamento Absoluto vs Isolamento relativo.....	59
Bibliografia.....	61
Anexos	

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Fotografia extra-oral frontal da Paciente. ....	11
<b>Figura 2</b> - Fotografia frontal da paciente a sorrir. ....	12
<b>Figura 3</b> – Fotografia lateral esquerda da paciente.....	12
<b>Figura 4</b> - Fotografia lateral direita da paciente. ....	13
<b>Figura 5</b> - Fotografia intraoral frontal da paciente .....	14
<b>Figura 6</b> - Fotografia intraoral do maxilar inferior.....	14
<b>Figura 7</b> - Fotografia intraoral maxilar superior.....	15
<b>Figura 8</b> - Ortopantomografia.....	15
<b>Figura 9</b> - Ficha dentária Internacional (FDI). ....	16
<b>Figura 10</b> - Exodontia dos fragmentos radiculares dos dentes 1.3, 1.5, 2.1. ....	17
<b>Figura 11</b> - Fragmentos radiculares dos dentes 1.3 e 1.5. ....	18
<b>Figura 12</b> - Raio-X periapical do dente 4.7, com lesão periapical. ....	19
<b>Figura 13</b> -Abertura para acesso endodôntico .....	20
<b>Figura 14</b> - Prova de Gutta-Percha .....	21
<b>Figura 15</b> – Raio - X inicial do dente 4.7 .....	22
<b>Figura 16</b> - Raio-X Lima inicial do dente 4.7 .....	22
<b>Figura 17</b> - Raio-X com a prova de Gutta-Percha do dente 4.7. ....	22
<b>Figura 18</b> – Raio-X final com o dente 4.7 obturado.....	22
<b>Figura 19</b> - Raio-X Final de obturação do dente 4.7 .....	23
<b>Figura 20</b> - Raio-X Follow-up 1 mês .....	23
<b>Figura 21</b> - Modelo de Trabalho.....	25

<b>Figura 22</b> - Modelo de trabalho .....	25
<b>Figura 23</b> - Registo Intermaxilar Vista lateral direita.....	26
<b>Figura 24</b> - Registo Intermaxilar lateral esquerda .....	26
<b>Figura 25</b> - Registo Intermaxilar (Vista frontal) .....	26
<b>Figura 26</b> - Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista lateral – direita).....	27
<b>Figura 27</b> - Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista lateral – esquerda).....	27
<b>Figura 28</b> - Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista Frontal). ....	27
<b>Figura 29</b> – Fotografia da paciente com a prova de dentes (fotografia frontal). ....	28
<b>Figura 30</b> – Fotografia da paciente sem a prova de dentes (fotografia frontal).....	28
<b>Figura 31</b> - Fotografia da paciente sem a prova de dentes (fotografia lateral direita)...	28
<b>Figura 32</b> - Fotografia da paciente com a prova de dentes (fotografia lateral direita). .	28
<b>Figura 33</b> - Fotografia inicial da paciente (sem prótese).....	29
<b>Figura 34</b> - Fotografia final frontal da paciente (com prótese). ....	29
<b>Figura 35</b> - Fotografia final da paciente com a prótese colocada (Vista lateral – Direita). .....	30
<b>Figura 36</b> - Fotografia final da paciente com a prótese colocada (Vista lateral – Esquerda).....	30
<b>Figura 37</b> - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.....	30
<b>Figura 38</b> - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.....	30
<b>Figura 39</b> - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.....	30
<b>Figura 40</b> - Bite-wing do 1º e do 4º Quadrante. ....	31
<b>Figura 41</b> - Bite-wing do 1º e do 4º Quadrante. ....	31
<b>Figura 42</b> - Bite-wing do 2º e do 3º Quadrante. ....	31
<b>Figura 43</b> - Bite-wing do 2º e do 3º Quadrante. ....	31
<b>Figura 44</b> – Fotografia final da Restauração direta a Resina composta a oclusal do dente 4.7. ....	32
<b>Figura 45</b> - Fotografia com a restauração infiltrada a vestibular no 1.1 e a cárie a mesio- palatino no 2.2. ....	33
<b>Figura 46</b> - Isolamento Absoluto dos dentes 1.1 e 2.2 .....	34
<b>Figura 48</b> - Fotografia com a remoção da restauração infiltrada do 1.1 e remoção da cárie do 2.2. ....	34
<b>Figura 47</b> - Fotografia com a remoção da restauração infiltrada do 1.1 e remoção da cárie do 2.2. ....	34

<b>Figura 49</b> - Fotografia com a aplicação do ácido ortofosfórico a 37% nos dentes 1.1 e 2.2	35
<b>Figura 50</b> - Fotografia após a aplicação do ácido ortofosfórico a 37% nos dentes 1.1 e 2.2	35
<b>Figura 51</b> - Fotografia com a aplicação do sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) no esmalte e na dentina, nos dentes 1.1	36
<b>Figura 52</b> - Fotografia com a aplicação do sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) no esmalte e na dentina, nos dentes 2.2	36
<b>Figura 53</b> - Fotografia inicial com restauração infiltrada a vestibular no dente 1.1 e cárie a mesial e palatino do dente 2.2	37
<b>Figura 54</b> - Fotografia final com restauração a vestibular no dente 1.1 e restauração a mesio-palatino do dente 2.2	37
<b>Figura 55</b> - Fotografia final com restauração a vestibular no dente 1.1 e restauração a mesio-palatino do dente 2.2	37
<b>Figura 56</b> – Fotografia do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia frontal)	38
<b>Figura 57</b> – Fotografia do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (fotografia de perfil)	
<b>Figura 58</b> - Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia intraoral superior)	39
<b>Figura 59</b> - Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia intraoral inferior)	39
<b>Figura 60</b> - Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente.	39

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Resultado testes de vitalidade e precursão.....	20
<b>Tabela 2</b> – Comprimentos de trabalho, limas iniciais e pontos de referência dos canais do dente 4.7.....	21
<b>Tabela 3</b> – Lima inicial, LAP e dilatação dos canais mesio-vestibular, mesio-lingual e Distal do dente 4.7... ..	22
<b>Tabela 4</b> – Sequência de consultas de reabilitação oral.....	26

## **Lista de Abreviaturas**

**ATM-** Articulação Tempero-Mandibular;

**CPO-** Cariados, Perdidos e obturados;

**FDI-** Ficha dentária internacional;

**LAP** – Lima apical principal;

**PPR-** Prótese parcial removível;

**SIC-** Segundo informações citadas;



## **I - Apresentação do Caso Clínico**

A paciente C.J, do sexo feminino, tem 27 anos e está desempregada por invalidez, devido a episódios de violência doméstica. Quanto tinha 19 anos foi alvejada com dois tiros na cabeça, situação que a colocou em coma. Esta situação deixou a paciente com perda de visão e audição do lado esquerdo, perda de mobilidade no mesmo lado, instabilidade emocional e imprevisibilidade, entre outras consequências psicológicas.

Paciente sofre de depressão e epilepsia e é medicada com Ansiolíticos - Alprazolam (Xanax®) e Antidepressivos Amitriptilina (ADT®, Tryptizol®).

O motivo da primeira consulta foi “As gengivas aqui em baixo estão super sensíveis” (SIC). O nível de higiene oral apresentado nesta consulta era muito deficitário, sendo a paciente também fumadora.

Tem uma configuração craniofacial mesiofacial, sem assimetrias faciais e com a dimensão vertical mantida. Na primeira consulta de triagem, foi elaborada a história clínica, um plano de tratamento e como meio complementar de diagnóstico foi feito o registo radiográfico através de uma ortopantomografia. Foram tiradas fotografias intraorais e extra-horários nesta consulta.



**Figura 1** – Fotografia extra-oral frontal da Paciente.



**Figura 2** - Fotografia frontal da paciente a sorrir.



**Figura 3** – Fotografia lateral esquerda da paciente.



**Figura 4** - Fotografia lateral direita da paciente.

Paciente desdentada parcial superior e inferior, apresenta apinhamento dentário no quinto sextante e acumulação de tártaro. Apresentava hemorragia gengival e ausência de alterações nos tecidos moles. Mostrava múltiplas lesões de cárie e raízes retidas, assim como siso incluso (1.8), lesão perirradicular apical sintomática do dente 4.7, e assintomática do 3.6. O plano de tratamento proposto encontra-se na tabela seguinte.





**Figura 5** - Fotografia intraoral frontal da paciente.



**Figura 6** - Fotografia intraoral do maxilar inferior.

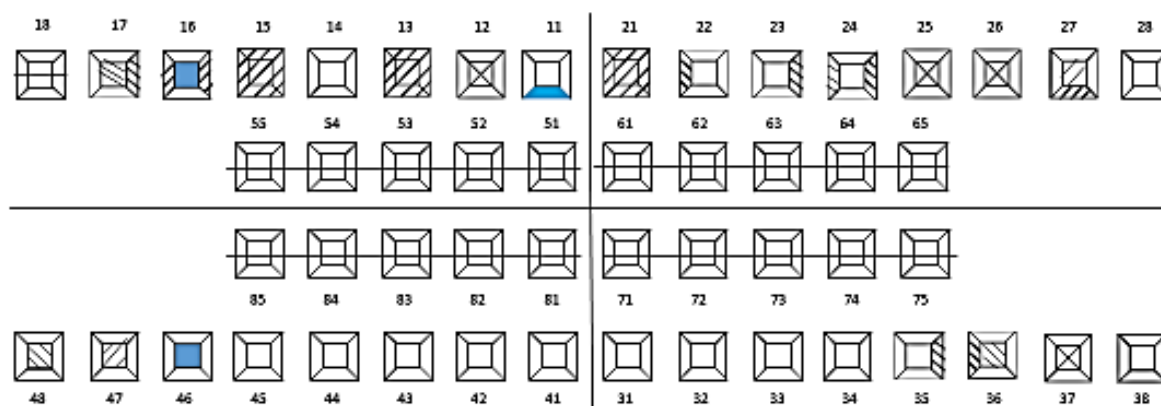


**Figura 7** - Fotografia intraoral maxilar superior.



**Figura 8** - Ortopantomografia.

No plano de tratamento foi proposto a realização de uma Destartarização, com um reforço acentuado na motivação de higiene oral, a exodontia das raízes retidas dos dentes 1.3, 1.5, 2.1, e exodontia dos dentes 3.6 e 2.8, a realização de um plano de tratamento de dentisteria, o tratamento endodôntico do dente 4.7, o tratamento das lesões cariosas e a elaboração de uma prótese superior acrílica (por razões económicas da paciente).



**Figura 9** - Ficha dentária Internacional (FDI).

## **I.I- Medicina dentária preventiva e comunitária**

Nesta consulta, foi realizada uma destartarização com ponta ultrassônica e com auxílio de curetas para uma melhor limpeza, visto que a paciente apresentava apinhamento dentário no quinto sextante. Foi executado polimento com escova profilática e pasta de polimento, e de seguida a aplicação de moldeiras de flúor de alta concentração. O foco principal desta consulta foi a motivação para higiene oral, pois a paciente tinha poucos hábitos de higiene orais. Foi explicado que só com uma eficiente escovagem era possível atingir saúde oral.

## **I.II- Cirurgia**

### **I.II.I – 1ª Consulta de cirurgia- Exodontia de raízes retidas (1.3;1.5;2.1)**

Foi feita a exodontia dos fragmentos radiculares do (1.5;1.3;2.1) com administração de três anestubos. Anestesia infiltrativa por vestibular e por palatino (1,8mL) de lidocaína a 2% com vasoconstritor (adrenalina 1:80.000), e sutura com fio de seda 3/0 com ponto simples.



**Figura 10** - Exodontia dos fragmentos radiculares dos dentes 1.3, 1.5, 2.1.





**Figura 11** - Fragmentos radiculares dos dentes 1.3 e 1.5.

#### **I.II.II- 2ª Consulta de cirurgia – Controlo da cicatrização**

Passados 8 dias, a paciente compareceu na consulta de cirurgia para controlo da cicatrização e remoção de sutura.

#### **I.II.III – 3ª Consulta de cirurgia – Exodontia dos dentes 2.8.**

Foi feita a exodontia do dente 2.8, com administração de dois anestubos. A anestesia foi infiltrativa por vestibular e por palatino (1,8mL) de lidocaína a 2% com vasoconstritor (adrenalina 1:80.000), e sutura com fio de seda 3/0, com ponto cruzado.

Após 8 dias, a paciente compareceu na consulta para remoção da sutura e controlo de cicatrização.

#### **I.II.IV – 4ª Consulta de Cirurgia – Controlo e exodontia do dente 3.6.**

Nesta consulta foi executada a exodontia do dente 3.6.

Foi feita a administração de um anestubo por anestesia infiltrativa no fundo do vestibulo do dente 3.6 e um anestubo por anestesia troncular. Cada anestubo continha (1,8 ml) de lidocaína a 2% com vasoconstritor (adrenalina 1:80.000), e sutura com fio de seda 3/0, com ponto cruzado

Passados 8 dias a paciente compareceu na consulta para remoção da sutura e controlo da cicatrização.



### I.III- Endodontia

Segundo as informações obtidas na consulta de triagem, a paciente apresentava um quadro associado ao dente 4.7 de periodontite apical sintomática. O aspecto clínico dos tecidos moles apresentava inflamação compatível com um abscesso ao nível deste último dente. A nível radiográfico confirmou-se esta lesão.



**Figura 12** - Raio-X periapical do dente 4.7, com lesão periapical.

Nesta primeira consulta de endodontia foram realizados testes de vitalidade, e à percussão. Os resultados dos testes foram negativos, sendo o diagnóstico de **necrose pulpar**.

<b>Testes de Vitalidade</b>	(-) negativo
<b>Teste à percussão</b>	(-) negativo
<b>Diagnóstico</b>	Necrose pulpar

**Tabela 1** – Resultado testes de vitalidade e precursão

Procedeu-se então à endodontia do dente 4.7. O tratamento endodôntico dividiu-se em três fases: acesso endodôntico, preparação biomecânica e obturação dos canais radiculares. Na 1ª sessão, após se ter procedido à anestesia infiltrativa e troncular (Lidocaína 2% com vasoconstritor (adrenalina 1:80.000)), foi feito isolamento absoluto e iniciou-se a remoção da cárie e abertura para acesso endodôntico, que se fez sempre em direção ao canal de maior calibre que neste dente será o distal. Após o acesso, e durante o desbridamento sempre com irrigação com hipoclorito de sódio a 1%, o abscesso

começou a drenar por via dentária (através dos canais). Aquando da remoção da cárie verificou-se uma grande proximidade da furca. Deste modo, foi realizada a restauração pré-endodôntica de forma a reforçar as paredes da coroa.

Nesta mesma sessão foi determinado o comprimento de trabalho dos três canais (MV, ML e D), utilizando o localizador apical e a radiografia periapical para confirmação da condutometria. Os pontos para a determinação e limas iniciais utilizadas, encontram-se na tabela que se segue. Após o último passo, foi feita medicação intracanal com hidróxido de cálcio e encerramento do acesso coronário com IRM®.

Canal	Ponto de Referência	Comprimento de trabalho	Lima inicial
MV	Cúspide MV	19,5 mm	15
ML	Cúspide ML	20 mm	15
D	Cúspide D	20 mm	20

**Tabela 2** – Comprimentos de trabalho, limas iniciais e pontos de referência dos canais do dente 4.7.



**Figura 13**–Abertura para acesso endodôntico

Na 2ª sessão, uma semana depois, iniciou-se a instrumentação dos três canais com a técnica *Step-Back*.

Canal	Lima inicial	LAP	Dilatação
MV	15	30	55
ML	15	30	55
D	20	35	60

**Tabela 3** – Lima inicial, LAP e dilatação dos canais mesio-vestibular, mesio-lingual e Distal do dente 4.7.

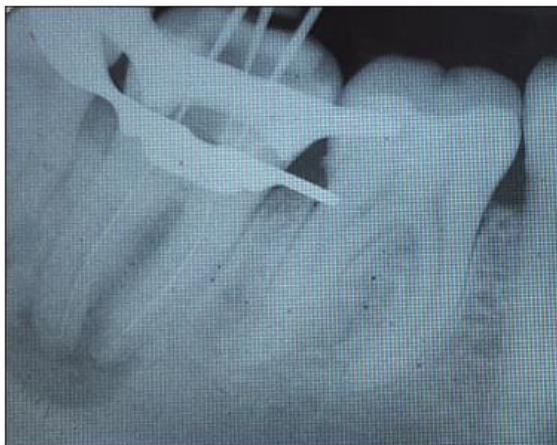
Na 3ª sessão, procedeu-se à obturação dos três canais, com gutta-percha e cimento AH Plus+, sempre com a técnica de condensação lateral e vertical, o que nos permitiu selar hermeticamente e de forma asséptica todo o sistema radicular. No final da obturação foi tirado o raio-x final, garantindo um bom selamento apical. É de salientar, que em todas as fases do tratamento endodôntico foi realizado isolamento absoluto e após cada sessão foi feito o registo radiográfico. No final de todas as sessões, o acesso coronário foi encerrado com IRM®. A irrigação foi sempre feita com NaClO a 1%, EDTA e álcool a 96%.



**Figura 14** - Prova de Gutta-Percha



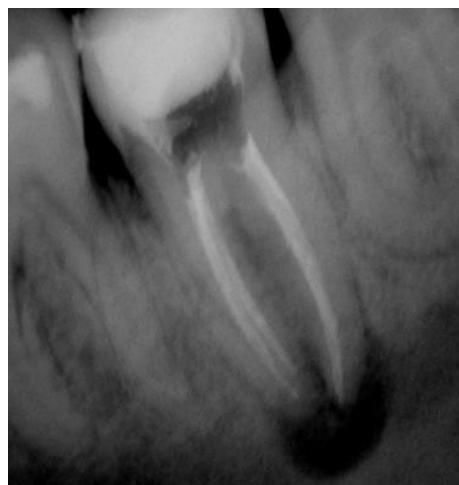
**Figura 15** – Raio - X inicial do dente 4.7



**Figura 16** - Raio-X Lima inicial do dente 4.7



**Figura 17-** Raio-X com a prova de Gutta-Percha do dente 4.7.



**Figura 18** – Raio-X final com o dente 4.7 obturado

A paciente foi encaminhada para a consulta de Dentisteria para fazer a restauração definitiva a resina composta.

Passado um mês a paciente compareceu novamente na consulta para *Follow-up*.



**Figura 19** - Raio-X Final de obturação do dente 4.7



**Figura 20** - Raio-X *Follow-up* 1 mês

## **I.IV-Reabilitação oral**

Na primeira consulta de reabilitação oral, procedeu-se a realização da história clínica e impressões preliminares da arcada superior e inferior a alginato com moldeiras universais de tamanho 3. Estas foram vazadas a gesso tipo III para ser enviado para o laboratório de prótese dentária a fim de serem confeccionadas as moldeiras individuais para impressões definitivas.

A paciente apresenta Classe III superior (modificação 2) de Kennedy e classe III inferior. Relativamente à classe de Angle apresenta classe I direita e esquerda. No maxilar, relativamente à avaliação das partes duras, o rebordo apresenta uma conformação mesio-distal plana com uma forma arredondada. Rebordo regular e tamanho da arcada média, de forma arredondada, sem presença de torús palatino. A abóboda palatina é em forma de “U”. Quanto às partes moles, a mucosa encontrava-se firme, os freios de tamanho e inserção normais, sem qualquer tipo de alteração na mucosa. Em relação à mandíbula o rebordo apresenta uma conformação mesio-distal plana de forma arredondada e regular. O tamanho da arcada é médio e sem a presença de torús. Relativamente às partes moles, a mucosa encontrava-se firme, os freios de tamanho e inserção normais sem qualquer tipo de alteração na mucosa. A língua apresentava um tamanho normal.

No que diz respeito ao dinamismo oclusal, existia a presença de guia protrusiva sem interferências, lateralidade direita com função de grupo anterior e esquerda com guia canina. A curva de Spee era interrompida, a curva de Wilson acentuada e a dimensão vertical estava mantida. Verificou-se que existia extrusão dentária (2.7) e facetas de desgaste (1.2;1.1;2.2;2.3;3.3;3.2;4.2;4.3;4.4).

Na fase pré-protética, já se tinha executado a exodontia das raízes retidas.

Nesta consulta realizou-se também as impressões preliminares a alginato. Estas foram vazadas a gesso do tipo III. Enviou-se para o laboratório interno da faculdade para que viessem as moldeiras individuais e foi pedido à paciente que comparecesse na consulta de reabilitação oral, uma semana depois.

As consultas de reabilitação oral tiveram o seguinte seguimento:

Sequência de Consultas	
<b>1ª Consulta</b>	História Clínica e Impressões Preliminares
<b>2ª Consulta</b>	Impressões Definitivas
<b>3ª Consulta</b>	Prova de Registo Intermaxilar
<b>4ª Consulta</b>	Prova de Dentes
<b>5ª Consulta</b>	Entrega de Prótese
<b>6ª Consulta</b>	Consulta de Controlo

**Tabela 4** – Sequência de consultas de reabilitação oral

#### **I.IV.I – 2º Consulta de Reabilitação Oral – Impressões definitivas.**

Nesta 2ª consulta foram realizadas as impressões definitivas com as moldeiras individuais da paciente. Foi enviado para laboratório para que fossem vazadas a gesso do tipo III para por fim termos os modelos de trabalho. Pediu-se ao laboratório ceras para o registo intermaxilar.



**Figura 21** - Modelo de Trabalho

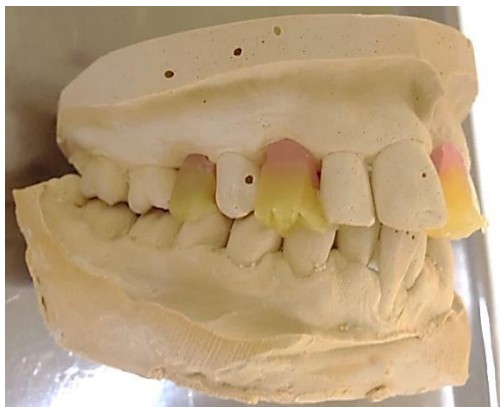


**Figura 22** - Modelo de trabalho



### **I.IV.II- 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar.**

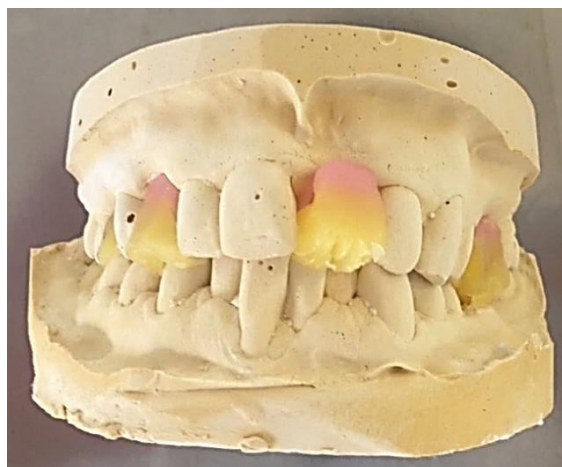
Passados oito dias a paciente compareceu na 3ª consulta de reabilitação oral e fizemos o registo intermaxilar. Enviamos para laboratório e pedimos a prova de dentes. A cor escolhida foi o A3 da escala Vitapan®.



**Figura 23** - Registo Intermaxilar Vista lateral direita



**Figura 24** - Registo Intermaxilar lateral esquerda



**Figura 25** - Registo Intermaxilar (Vista frontal).



### **I.IV.III- 4ª Consulta de reabilitação oral – Prova de Dentes.**

Após 8 dias a paciente veio à consulta para fazer a prova de dentes. A paciente aprovou a cor e a forma dos dentes. Enviou-se para laboratório esta prova de dentes, e mandou-se fazer a acrilização da prótese.



**Figura 26** - Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista lateral – direita)



**Figura 27** - Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista lateral – esquerda).



**Figura 28-** Modelo de trabalho com prova de dentes (Vista Frontal).



**Figura 29**– Fotografia da paciente com a prova de dentes (fotografia frontal).



**Figura 30** – Fotografia da paciente sem a prova de dentes (fotografia frontal).



**Figura 31** - Fotografia da paciente sem a prova de dentes (fotografia lateral direita).



**Figura 32**- Fotografia da paciente com a prova de dentes (fotografia lateral direita).

#### **I.IV.IV – 5ª Consulta de Reabilitação Oral – Entrega de prótese.**

Nesta consulta procedeu-se à entrega da prótese.



**Figura 33** - Fotografia inicial da paciente (sem prótese)



**Figura 34** - Fotografia final frontal da paciente (com prótese).





**Figura 35** - Fotografia final da paciente com a prótese colocada (Vista lateral – Direita).



**Figura 36** - Fotografia final da paciente com a prótese colocada (Vista lateral – Esquerda).



**Figura 37** - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.



**Figura 38** - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.



**Figura 39** - Fotografia da paciente a sorrir com a prótese colocada.

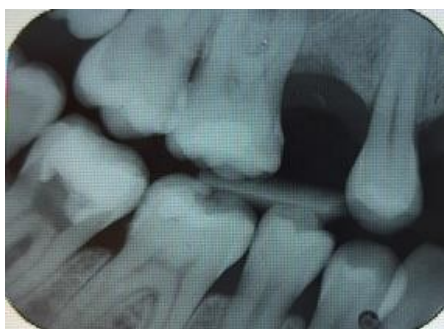
## I.V-Dentisteria Operatória

### I.V.I- 1º Consulta de Dentisteria

Foi elaborado um plano de dentisteria no qual foi verificado o índice de CPO, assim como se definiu quais as lesões de cárie a serem tratadas e as suas respectivas prioridades. O plano foi confirmado com o registo radiográfico com 4 *Bite-wings* (nos dentes posteriores e por quadrante oposto) de modo a verificar lesões interproximais.

O tratamento proposto foi:

- Restauração Classe I (O + V) do 2.7
- Restauração Classe II (M + D) do 1.6
- Restauração Classe II (M + O) do 1.7
- Restauração Classe II (M) do 2.4
- Restauração Classe III (D + P) do 2.3
- Restauração Classe III (M + P) do 2.2
- Restauração Classe V (V) do 1.1
- Restauração Classe I (O) do 4.7, este depois de executar endodontia.



**Figura 40** - Bite-wing do 1º e do 4º Quadrante.



**Figura 41** - *Bite-wing* do 1º e do 4º Quadrante.



**Figura 42**- *Bite-wing* do 2º e do 3º Quadrante.



**Figura 43**- *Bite-wing* do 2º e do 3º Quadrante.

## **I.V.II - 2º Consulta de Dentisteria**

### **Restauração direta do dente 47**

Nesta consulta foi realizada a restauração direta do dente 4.7 (Classe I – O) a resina composta para terminar a reabilitação deste dente. Inicialmente procedeu-se à escolha de cor através de uma escala de cor Vitapan®. A cor escolhida foi o A3. Anestesiou-se o dente com anestesia infiltrativa e troncular (lidocaína 2% com adrenalina 1:80.000) e realizou-se isolamento relativo, depois de se ter tentado o isolamento absoluto, mas devido ao estado emocional da paciente não foi possível.

O material restaurador IRM® foi retirado e iniciámos a restauração. Em primeiro lugar executou-se o acondicionamento com ácido ortofosfórico 37% durante 15 segundos, lavou-se e secou-se sem desidratar o dente. De seguida, utilizando um microbrush aplicou-se no fundo e nas paredes da cavidade (no esmalte e na dentina) o sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) durante 20 segundos, secando durante 5 segundos e fotopolimerizando durante 10 segundos. Após o sistema adesivo ter sido aplicado e utilizando a técnica incremental, adicionou-se em camadas de 2mm resina composta (Filtek Z250®, 3M), cor A3, fotopolimerizando entre camadas durante 40 segundos, até a cavidade estar totalmente preenchida. Toda a forma e anatomia da cavidade foi conseguida com ajuda de brunidor esférico e espátula angulada.

No final, após remoção do isolamento relativo procedeu-se ao polimento da restauração.



**Figura 44** – Fotografia final da Restauração direta a Resina composta a oclusal do dente 4.7.

### **I.V.III- 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> Consulta de Dentisteria**

#### **Restaurações nos dentes 1.6, 1.7, 2.3, 2.4, 2.7**

Após a remoção das cáries, as restaurações diretas a resina composta realizaram-se dos 1.6, 1.7, 2.3, 2.4 e 2.7 realizaram-se da mesma maneira e com o mesmo procedimento. Para todas as restaurações a cor utilizada foi a A3 da escala Vitapan<sup>®</sup>.

### **I.V.IV- 7<sup>a</sup> Consulta de Dentisteria**

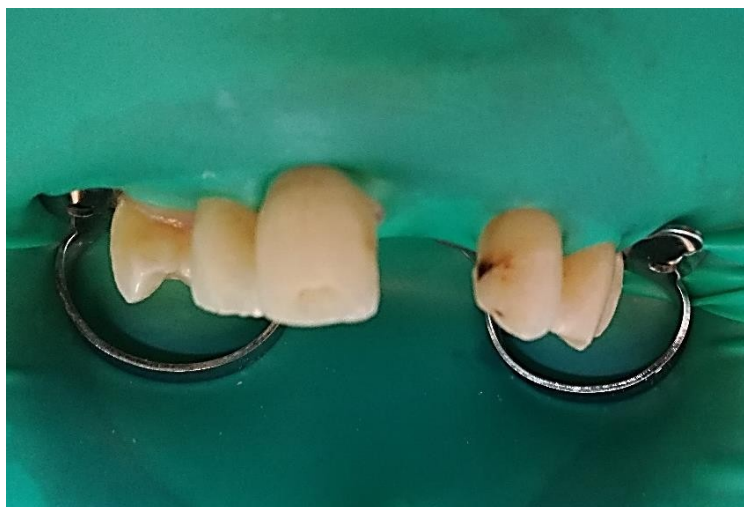
#### **Restaurações estéticas Dentes 1.1 e 2.2**

Nesta consulta foi realizada a restauração direta dos dentes 1.1 (Classe V – V) e 2.2 (Classe III – M+P) a resina composta para reabilitar esteticamente a paciente. Inicialmente procedeu-se à escolha de cor, A3 e A2. Tentou-se colocar resina A3 e A2, pela técnica de estratificação, de forma a mimetizar o máximo possível, ficando a cor A2 na zona mais incisal dos referidos dentes e a cor A3 foi aplicada mais a cervical dos mesmos. Anestesiou-se a paciente com anestesia infiltrativa (lidocaína 2% com adrenalina 1:80.000) e realizou-se isolamento absoluto.



**Figura 45** - Fotografia com a restauração infiltrada a vestibular no 1.1 e a cárie a mesio-palatino no 2.2.



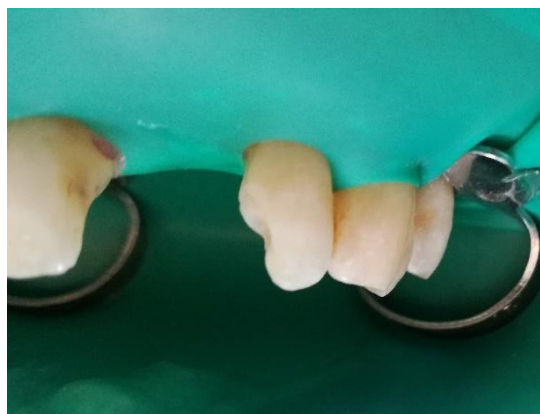


**Figura 46** - Isolamento Absoluto dos dentes 1.1 e 2.2

Depois de removida a restauração infiltrada do dente 1.1 e da cárie do 2.1, executou-se o acondicionamento com ácido ortofosfórico 37% seletivo no esmalte durante 15 segundos, lavou-se e secou-se sem desidratar o dente.



**Figura 47-** Fotografia com a remoção da restauração infiltrada do 1.1 e remoção da cárie do 2.2.



**Figura 48** - Fotografia com a remoção da restauração infiltrada do 1.1 e remoção da cárie do 2.2.





**Figura 49** - Fotografia com a aplicação do ácido ortofosfórico a 37% nos dentes 1.1 e 2.2

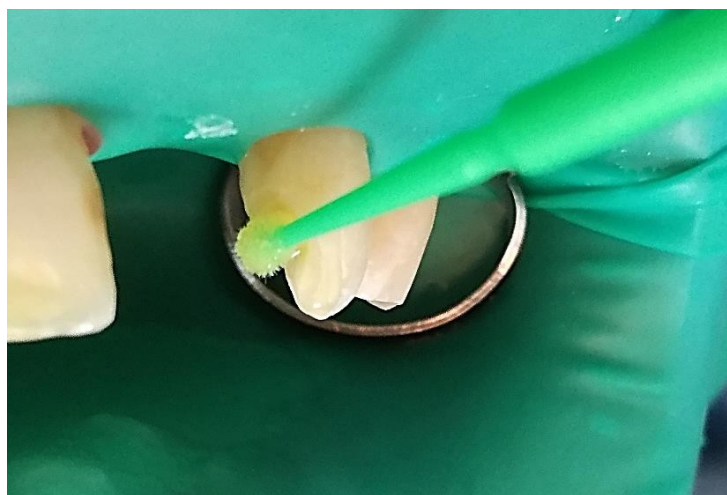


**Figura 50** - Fotografia após a aplicação do ácido ortofosfórico a 37% nos dentes 1.1 e 2.2.

De seguida, utilizando um microbrush aplicou-se no esmalte e na dentina o sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) durante 20 segundos, secando durante 5 segundos e fotopolimerizando durante 10 segundos.



**Figura 51** - Fotografia com a aplicação do sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) no esmalte e na dentina, nos dentes 1.1.



**Figura 52** - Fotografia com a aplicação do sistema adesivo Scotchbond™ Universal (3M) no esmalte e na dentina, nos dentes 2.2.

Após o sistema adesivo ter sido aplicado e utilizando a técnica incremental, adicionou-se em camadas de 2mm, resina composta (Filtek Z250® 3M), como explicado anteriormente, fotopolimerizando entre camadas durante 40 segundos, até a cavidade estar totalmente preenchida. Toda a forma e anatomia da cavidade foi conseguida com ajuda de brunidor esférico, espátula angulada e pincel. No Dente 22 foi devolvido o ângulo mesial.

O polimento foi realizado com a broca de polimento de fissura fina, discos de polimento e acabamento com as brocas e a pasta do sistema *enhance*.



**Figura 53-** Fotografia inicial com restauração infiltrada a vestibular no dente 1.1 e cárie a mesial e palatino do dente 2.2.



**Figura 54 –** Fotografia final com restauração a vestibular do 1.1 e a mesio-palatino do 2.2.



## **I.VI.-Resultado Final**



**Figura 55** – Fotografia do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia frontal).



**Figura 56** – Fotografia do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (fotografia de perfil)



**Figura 57-** Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia intraoral superior)



**Figura 58-** Fotografia do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente (Fotografia intraoral inferior).



**Figura 59 -** Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente.



**Figura 60 -** Fotografias do resultado final de todos os trabalhos efetuados na paciente.

## **I.VII- Consultas agendadas**

Foram marcadas algumas consultas á paciente, nomeadamente a consulta de controlo de protese para verificar alguma instabilidade que possa existir ou algum desconforto que possa existir em relação a protese. Foi indicado nessa mesma consulta a realização de uma radiografia para continuar a seguir o follow-up do tratamento endodôntico do dente 4.7.

## **I.VIII-Conclusão sobre os resultados finais**

A paciente foi reabilitada com prótese superior acrílica de 4 elementos por motivos económicos. Foi possível reabilitar esta paciente com prótese acrílica em zona estética, pelo fato de ter uma linha de sorriso baixa, ficando com um resultado esteticamente satisfatório.

A endodontia do dente 4.7 revela um resultado bastante positivo que é verificado no *follow-up* radiográfico passado 1 mês.

Apesar do tratamento não estar totalmente concluído, a paciente está muito motivada para a continuação do mesmo.

O trabalho elaborado durante todos estes meses de tratamento foi uma grande aprendizagem tanto a nível prático como psico-social. A confiança que a paciente depositou foi exponencialmente aumentado de consulta para consulta, permitindo o sucesso de todos os tratamentos efetuados.

A paciente está muito satisfeita com o resultado final. Foi devolvida a autoestima e um novo sorriso há muito tempo perdido.





## **II- Relatório do caso clínico**

### **II. I- Triagem**

Nesta consulta foi elaborada uma anamnese completa de modo a ser mais fácil compreender o estado geral de saúde da paciente. Revelava sintomas de depressão estando medicada para a doença. Foi também realizado um exame objetivo extra-oral e intra-oral, com o auxílio dos meios complementares de diagnóstico (Ortopantomografia) para executar um diagnóstico oral e um plano de tratamento nas diversas áreas de medicina dentária. No diagnóstico a paciente apresentava cáries múltiplas, algumas raízes retidas, um siso incluso sendo desdentada parcial superior e inferior.

### **II.II-Cirurgia**

A extração dentária é uma importante parte da terapêutica (Touré, 2011). Por este motivo a cirurgia oral representa uma parte bastante relevante neste tratamento.

Cáries dentárias severas, necrose pulpar, doença periodontal severa com dentes com elevado grau de mobilidade, razões ortodônticas, extrações pré-protéticas, são algumas das indicações e recomendações para a realização de extrações dentária (Peterson, 2005).

Um dos atos mais frequentes em medicina dentária, e um dos procedimentos mais comuns em cirurgia oral é a extração dentária (Akinbami & Godspower, 2014). A paciente apresentava fragmentos radiculares do 15,13,21. Foi indicada a sua exodontia. Após anestesia infiltrativa de lidocaína a 2% com adrenalina de 1:80.000 os procedimentos cirúrgicos efetuados segundo Escoda e Aytés (2004).

Inicialmente, após a anestesia foi utilizado o sindesmótomo com objetivo de desinserir e separar a gengiva que está em redor do dente, seguindo-se a luxação com a alavanca, que deve ser adequada ao espaço a que estamos a trabalhar e sempre com atenção para não danificar nenhuma estrutura anatómica que esteja adjacente ao dente que está a ser exodonciado.

Após a luxação deve-se verificar alguma mobilidade, escolhendo o boticão adequado, que neste caso foi um boticão de raízes. Foi feita prensão e tração da peça dentária com o boticão na raiz e sem exercer uma força excessiva e sem movimentos repentinos. Os

alvéolos foram verificados para indagar a presença de algum resto radicular. Após exodontia foi executada uma curetagem para remover todo o tecido de granulação. (Boyce e Kirpalani, 2016).

No final da exodontia, a reparação tecidular deve ser executada através da sutura que vai coaptar as margens tecidulares, permitindo a cicatrização por primeira intenção, promovendo assim a hemóstase.

No caso de a sutura não ser reabsorvível, esta deve ser retirada ao fim de 7 dias após a exodoncia.

Para ajudar o paciente no pós-operatório foram dadas as seguintes indicações.

- Colocar compressas no local onde foi feita a exodontia e pedir para encerrar a boca para que exista contato entre o alvéolo e a compressa;
- Aplicar gelo na zona extra-oral, durante 20 minutos intercalando com outros de intervalo;
- Aconselhar a não fumar, pelo menos após as 12 horas do ato cirúrgico;
- Ao dormir não inclinar a cabeça;
- Aconselhar a não higienizar a zona onde foi feito o ato cirúrgico fazendo bochechos 3 vezes ao dia;
- Foi aconselhada uma dieta mole e fria;
- Não deverá cuspir o sangue para que o sangue se mantenha dentro do alvéolo;
- No que diz respeito a medicação e para prevenir dor pós-operatória foi receitado paracetamol 1 grama e ibuprofeno 600 mg;

A paciente compareceu na consulta seguinte, 8 dias depois para remoção de sutura. Executou-se também a exodontia do dente 2.8, por este estar sem oclusão e por opção do paciente o dente 3.6. Este dente tinha patologia periapical confirmado radiograficamente, estava mesializado. A parede mesial e vestibular deste dente apresentava destruição coronária.

Após se ter explicado à paciente que podia-se executar tratamento endodôntico, esta optou pela exodontia por motivos económicos.

## II.III-Endodontia

A endodontia está relacionada com o estudo da forma, função e saúde das lesões da polpa dentária e da sua região perirradicular, tendo como objetivo a sua prevenção e tratamento. O princípio da patologia periapical é a infeção.

No tratamento endodôntico, o principal objetivo é a eliminação total ou a diminuição significativa das bactérias em polpas não vitais, combinando a instrumentação dos canais radiculares com limpeza química e obturação dos mesmos com um material inerte de forma a manter e restabelecer a saúde dos tecidos periodontais (Mann et al., 2007).

Preparar o sistema de canais radiculares tem como objetivo a sua instrumentação e desinfeção (Hülsmann et al., 2005).

A preparação dos canais radiculares é um passo de extrema relevância, considerando que todos os procedimentos seguintes, como a irrigação e obturação, vão depender da qualidade da limpeza e instrumentação canal. Oliveira, E. P.M (2007)

A irrigação dos canais radiculares com soluções antibacterianas é considerada parte integral na sua preparação químico-mecânica (Haapasalo, Endal, Zandi et Coil, 2005)

A etapa final do tratamento endodôntico tem como objetivo a obturação dos canais radiculares, onde se pretende um preenchimento compacto, oferecendo condições de regeneração aos tecidos perirradiculares. Cohen, S. e Hargreaves, K. (2007).

O tratamento endodôntico indica o acesso dos canais radiculares com o objetivo de suprimir o tecido pulpar inflamado, assepsia e conformidade dos canais. O material obturador deve ser imóvel, biocompatível, com estabilidade dimensional que preencha os espaços deixados pelos tecidos pulpares, para que se proporcione um selamento adequado no sentido apical, lateral e coronário (Conceição et al., 2012).

Considera-se que um canal está bem obturado quando se observa, nas radiografias, uma densidade radiopaca, homogênea e contínua, sem espaços vazios, adaptada às paredes laterais, confinada ao seu interior e que termine perto do ápice radiográfico designadamente a 0,5-1mm deste, (Estrela, C., *et al.* (2008)).

Segundo Almeida, M. (2013) as infecções cervicais profundas são definidas como infecções supurativas que se disseminam e desenvolvem ao longo dos espaços e dos planos fasciais da cabeça e do pescoço. Esta patologia geralmente inicia-se por uma celulite nos tecidos moles adjacentes ao local infetado, conduzindo à formação de abscesso que se pode disseminar desde a zona cervical até ao mediastino.

As infecções dentárias drenam continuamente dos maxilares para os espaços sublingual e submandibular podendo ocasionar linfadenites e levar à formação de abscessos. Almeida, M. (2013).

Clinicamente estas infecções cursam com os seguintes sinais e sintomas: edema na face e/ou no pescoço, odontalgia, febre, odinofagia, disfagia, dispneia e trismo, sendo destes o mais comum o edema. Cincurá, L. (2006).

No caso clínico, a instrumentação do dente 4.7 foi realizado segundo o seguinte Protocolo:

1. Com movimentos alternados, introduzir e progredir com uma lima 10 K de modo a verificar a permeabilidade do canal e apical.

2. Se a lima 10 K sentir resistência à progressão antes de alcançar a permeabilidade apical, remover a lima 10 K e fazer um pré-alargamento:

- lima 15 K (até onde sentir resistência à progressão)
- lima 20 K (até onde sentir resistência à progressão)
- De seguida instrumentar com uma lima S1 no máximo até ao comprimento que a lima 20 K utilizada previamente.

3. Depois de utilizada a lima S1 e de esta ter alargado o 1/3 coronário voltar novamente à lima 10 K que poderá agora progredir sem a resistência inicial. Se esta alcançar a permeabilidade apical, determinar o comprimento de trabalho.

4. Fazer novo pré-alargamento agora até ao comprimento de trabalho:

- lima 15 K (até ao comprimento de trabalho ou até onde sentir resistência à progressão)
- lima 20 K (até ao comprimento de trabalho ou até onde sentir resistência à progressão)

- De seguida instrumentar com uma lima S1 (como limite máximo a lima S1 ao comprimento da lima 20 K)

Nota: se houver resistência na progressão da lima 15 K e 20 K, por curvatura ou diâmetro reduzido do canal, utilizar números intermédios.

**- Determinação da lima inicial:**

1. Verificar qual a última lima que alcança o comprimento de trabalho de um modo passivo (sem instrumentar)

**- Determinação da L.A.P.**

1. Após determinação da lima inicial tentar-se-á instrumentar até 3 números acima desta (no máximo),

- Sempre que ao introduzir uma das limas sentir resistência à progressão a mais de 1 mm do comprimento de trabalho, deve remover essa lima e utilizar um número intermédio abaixo para facilitar a sua progressão.
- Se após a utilização dos números intermédios ainda sentir resistência à progressão a mais de 1mm do comprimento de trabalho, deve parar o seu preparo apical (L.A.P.) no número anterior.

Nota: entre a utilização de todas as limas deve permeabilizar apicalmente com uma lima 10 K.

**Retrocesso:**

1. Pretende-se nesta fase conferir mais conicidade ao nosso preparo apical.

- Procede-se com a instrumentação seguindo a sequência de limas após a L.A.P. (pelo menos 5 números acima desta).
- Por cada lima que se avança é removido 1mm ao comprimento de trabalho.

A preparação dos canais radiculares devem ser intercalados por irrigação, sendo o objetivo eliminar os microrganismos e detritos dos tecidos pulpare, lubrificar o conduto e dissolver o material orgânico.

O protocolo de irrigação utilizado neste caso clínico foi o seguinte:

**Material:**

- Seringas de irrigação com sistema *luer-lock*
- Agulhas de abertura lateral

**Soluções irrigantes:**

- Hipoclorito de sódio 1%
- Ácido etileno-diaminotetracético (EDTA) A 17%

**Técnica:**

Irrigação passiva, sem prender a agulha no interior do conduto, com deposição lenta da solução e movimento contínuo.

Irrigação feita em intervalos de 2 minutos (ou entre utilização de limas), com tempo de consulta entre 20 a 40 segundos e cerca de 40ml por conduto.

**- Biopulpectomia e necropulpectomia**

**Abertura:**

- Irrigação da câmara pulpar com hipoclorito de sódio a 1%

**Instrumentação do terço coronário, pré-alargamento e determinação da LAP**

- Irrigação abundante dos condutos com hipoclorito de sódio a 1%, com intervalos de 2 minutos (ou entre limas).
- Se necessário, utilização de EDTA em gel, sobretudo em condutos curvos e atrésicos. Após utilização de gel, irrigar abundantemente com hipoclorito de sódio a 1%.
- Ativação manual da solução de hipoclorito de sódio com LAP ou cone de *gutta percha*

**Retrocesso:**

- Irrigação abundante dos condutos com hipoclorito de sódio a 1%, com intervalos de 2 minutos (ou entre limas)
- Irrigação com EDTA líquido a 17% durante 60 segundos
- Irrigação final com hipoclorito de sódio a 1% durante 30 segundos
- Secar condutos com cones de papel (LAP) medidos ao comprimento de trabalho

Relativamente a obturação devemos impedir a existência de espaços vazios, que contribuem para manutenção duma reação inflamatória persistente assim como que os líquidos tecidulares apicais penetrem no canal radicular. Cohen, S. e Hargreaves, K. (2007).

Permitir a reparação das lesões periapicais previamente existentes mantendo a assepsia dentro do sistema de canais radiculares (Teles, 2002).

Após obturação foi confirmado o selamento apical com gutta-percha através de radiografia. Passado 1 mês foi feito *follow-up* radiográfico onde se confirma redução do quisto perirradicular. A paciente foi encaminhada para dentisteria para finalizar o tratamento desde dente.

## II. IV-Dentisteria

A cárie dentária é uma doença infecciosa e multifatorial, que resulta da desmineralização e perda de estrutura dentária, devido à ação dos ácidos resultante do metabolismo das bactérias e da placa bacteriana existente nas superfícies dentárias. (Heymann (2013), Struzycka, 2014).

Esta doença resulta da interação de alguns fatores como a suscetibilidade do hospedeiro, o tipo de microrganismos, o tipo de dieta alimentar e o tempo.

O estado de higiene oral do paciente e o nível económico também são fatores importantes, embora secundários. (Sala & Garcia, 2013; Struzycka, 2014).

O tipo de microrganismos mais frequentes são as bactérias anaeróbias, os *Streptococcus* e os *Lactobacillus*. Estas normalmente, atuam a um pH de 5,5.

Para planeamento da eliminação das lesões cariosas, elabora-se um plano de tratamento. Este permite que se controle a cárie e que com a cooperação do paciente se possa eliminar esta doença. (Heymann, 2013).

Para o detetar as lesões de cárie, segundo Black, é realizado o registo radiográfico com *bite-wings*, para visualização das lesões interproximais. A inspeção tátil com sonda e visual após limpeza e secagem das estruturas dentárias, também é muito importante para chegar a um diagnóstico final. (Zero *et al.*, 2009).

No plano de tratamento proposto a esta paciente foi tido em conta o estado psicológico, emocional e económico da paciente.

Perante este cenário e contrariando o plano tratamento proposto em relação à reabilitação do dente 4.7, este teve que ser restaurado com técnica direta por motivos económicos da paciente.

Para além da remoção das lesões de cárie através da restauração direta a resina composta, foi proposto à paciente novos hábitos de higiene oral adequados ao nível económico e psicológico da paciente. Em relação à sua dieta alimentar, foi proposto uma diminuição da ingestão de hidratos de carbono e alimentos açucarados, pois estes potenciam o aparecimento de lesões cariosas.



O material restaurador escolhido para as restaurações definitivas foi a resina composta. É apresentado como um material com as mais diversas indicações, nomeadamente para restaurações diretas de cavidades primárias de dentes anteriores e posteriores.

A adesão deste material ao dente é química e micromecânica pelas propriedades do sistema adesivo. Hilton (2013)

As resinas compostas estão organizadas em monómeros que ao sofrerem ação da luz se organizam em polímeros, formando uma estrutura coesa.

O compósito utilizado nestas preparações cavitárias foi a Resina Filtek Z-250<sup>®</sup> da 3M, e é constituído por partículas microhíbridas, que conferem à restauração boas propriedades mecânicas, alto grau de polimento e bons resultados estéticos. Milia, E (2014)

Os dentes propostos no plano de tratamento foram executados segundo o que foi acima descrito e com os protocolos em anexo.

## **II.V-Reabilitação Oral**

### **Reabilitação Oral**

Um desdentado parcial é definido como um paciente com ausência de algumas peças dentárias nas arcadas maxilar e mandibular que estão associadas à cárie dentária e à periodontite (Moreira Carneiro *et al.* 2013).

Estudos em periodontologia permitiram chegar ao consenso de que o biofilme dentário é o principal responsável pela gengivite e pela periodontite.

Segundo Batista, André & Carreiro, Adriana (2013), o sucesso da reabilitação oral com uma prótese parcial removível, está diretamente relacionado com o controlo da higiene oral, pois a presença da prótese na boca provoca um aumento de adesão de biofilme, exigindo assim mais cuidados com a sua higiene e por estes motivos a instrução de higiene oral sempre foi uma prioridade no plano de tratamento desta paciente.

Condições como o estatuto educacional, estabilidade económica e a disponibilidade de um seguro de saúde a nível dentário dão a possibilidade de uma preocupação maior aos pacientes que os possuem. Sujeitos com um nível de educação maior e maior poder económico estarão, à partida, mais vocacionados a ter mais e melhores cuidados com a sua saúde oral e dentária (Evren BA, Uludamar A, Iseri U, Ozkan YK (2011)).

O tabagismo é outro dos fatores associados à perda dentária, fundamentalmente quando está presente a longo prazo (Müller F, Schimmel M. (2010)).

Os pacientes edêntulos podem ter muitas complicações no dia-a-dia, tanto a nível funcional, como por exemplo na fala ou mastigação, como a nível da estética (Baran I, Nalcaci, R. 2011).

Existem outras soluções de tratamento, sem ser com recurso a prótese, como é o caso dos implantes dentários. Estes são uma solução económica mais dispendiosa, o que limita a sua recetividade para grupos socioeconómicos mais baixos onde o número de perda de dentária é mais significativo.

Segundo Assaoka, S (2014) O tratamento com prótese removível convencional continua, portanto, a suplantar a substituição dentária através de implantes na prática geral.

Kennedy classifica as arcadas parcialmente desdentadas, referindo alguns princípios para que o desenho da prótese seja o mais adequado.

Esta é a classificação de Kennedy:

Classe I – Área desdentada bilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;

Classe II – Uma área desdentada unilateral localizada posteriormente aos dentes naturais;

Classe III – Uma área desdentada unilateral com dentes naturais remanescentes tanto a posterior como a anterior a eles (intercalar);

Classe IV – Uma área desdentada única, mas bilateral (cruzando a linha média) localizada anterior aos dentes naturais remanescentes;

Estes quatro grupos são ainda combinados com os subgrupos introduzidos pelas modificações de Applegate (correspondem às áreas desdentadas, adicionais ao grupos principais, caracterizadas pelo número total dessas áreas, ou seja, espaços de modificação de substituição do subgrupo 1, 2, 3, 4). É considerada como sendo a classificação mais aceita, uma vez que não só se refere à relação das áreas edêntulas com os dentes naturais remanescentes, mas também determina o tipo de desenho da prótese parcial removível mais apropriado.

O principal objetivo do tratamento com prótese parcial removível (PPR), além de repor as estruturas dentárias perdidas, é preservar e proteger as estruturas remanescentes, neste contexto é responsável pela reposição de dentes e de estruturas anexas em pacientes que estão parcialmente edêntulos por substitutos artificiais, que podem ser removidos da boca para a sua higienização. Assaoka, S (2014)

Não existe base científica suficiente, que indique qual a melhor opção para a reabilitação de desdentados parciais, uma vez que existem inúmeras variações entre as intervenções contempladas nos ensaios clínicos. Brown. D.T. (2006)

Assim sendo, torna-se difícil a sua comparação e o estabelecimento de diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes opções terapêuticas. Creugers N. H. (2011).

O médico dentista deve optar pela opção terapêutica mais adequada em termos de função, estética, durabilidade e custo, podendo combinar diferentes tipos de reabilitação no

mesmo paciente e na mesma arcada, consoante as condições locais presentes. Creugers N. H. (2011).

Segundo Todescan, a prótese parcial removível é a mais versátil que existe e está indicada para casos de arcadas edêntulas intercaladas.

Segundo Fiori, as próteses parciais removeis, podem ser classificadas consoante a transmissão de força mastigatória ao osso alveolar. Na Prótese parcial removível dento-suportada a força mastigatória incide sobre os dentes artificiais e é transmitida ao osso alveolar através dos dentes remanescentes.

Na Prótese parcial removível dento-muco-suportada, a força mastigatória que incide sobre os dentes artificiais é transmitida ao osso alveolar tanto pelos dentes pilares como pela fibromucosa que reveste o rebordo.

Na Prótese parcial removível muco-dento-suportada, a maior parte da força mastigatória é transmitida ao osso alveolar pela fibromucosa que reveste o rebordo residual.

Perante este estudo conclui-se que a prótese a ser realizada seria uma prótese parcial removível dento-suportada acrílica. A opção deste tratamento também se deve ao baixo nível económico da paciente, não podendo deste modo ser executada uma prótese parcial removível esquelética.

Depois de elaborada a história clínica de reabilitação oral, foram executadas impressões preliminares em moldeiras *standard* e o material de impressão escolhido foi o alginato. De seguida foram pedidas a moldeiras individuais, o registo inter-maxilar, a prova de dentes e acrilização final. Oliveira, F. de J. (2014)

Os objetivos dos modelos preliminares são o estudo e delineação do caso. Para a elaboração da moldeira individual, a impressão foi feita com o alginato (hidrocolóide irreversível). Este é o material mais utilizado, sendo de fácil utilização e com resultados satisfatórios (Vasconcellos, 2012).

O registo correto das relações intermaxilares é um passo de extrema importância para a montagem correta dos dentes (Kliemann e Oliveira *et al.* 2006). Neste caso, o registo foi feito com as impressões definitivas com moldeiras individuais, que foram pedidas A posteriori ao laboratório de prótese dentária. Nesta consulta também é feita a escolha da cor dos dentes artificiais. Esta deve ser escolhida à luz natural, com os dentes

remanescentes humedecidos e é elaborada com o auxílio de uma escala de dentes (Vitapan®).

Na prova de dentes verifica-se a forma, a cor e o posicionamento dos dentes artificiais utilizando como referência os dentes remanescentes, e deve-se ter em atenção o registo intermaxilar anteriormente efetuado. A opinião e a percepção estética do paciente devem ser tidas em conta nesta consulta. Após a entrega da prótese, é verificada a harmonia oclusal e ajuste da oclusão de modo a que não existam interferências oclusais. Deve ser explicado ao paciente as normas de higienização da prótese e dos dentes remanescentes. Deverá dizer-se ao paciente que por ser um trabalho removível, a longevidade da prótese depende da colaboração do próprio, sendo necessária a existência de alguns cuidados. Devem ser explicadas as possíveis complicações iniciais de adaptação à prótese.

Deve existir um reforço na motivação higiene oral dos dentes remanescentes e dada instrução para higienização das próteses.

A prótese deve ser removida durante a noite para descanso dos tecidos circundantes.

Em caso de complicações ou ulcerações, o paciente deverá contactar o Médico Dentista de imediato.

O paciente deverá ser alertado para a importância das consultas de controlo, de forma a conseguir adaptar-se da melhor forma à prótese assim como fazer o controlo dos tecidos fibromucosos, (Ribeiro *et al.*, 2009; Volpato, 2012).



### III-Relação médico- paciente

“A relação Médico – paciente, no domínio das relações interpessoais, é uma das mais complexas, ao resultado da própria complexidade dos estilos profissionais das expectativas e valores dos doentes e dos contextos diferenciados em que se estabelece” (Thomasma 1983). Um dos maiores desafios deste trabalho foi a interpretação psicológica da paciente, pois esta foi vítima de abusos físicos que deixaram sequelas mentais e uma instabilidade emocional que não era compatível com muitos dos tratamentos propostos.

Segundo alguns autores, a forma de atuar em saúde afastou o médico do sentido humano e da importância da relação estabelecida com o paciente (Barletta, 2008)

A relação médico-paciente tem sido alvo de vários olhares e sua importância tem sido reconsiderada no processo saúde-doença. De uma forma geral, o paciente não tem capacidade de avaliar a competência do profissional, nomeadamente nas primeiras abordagens, mas consegue fazer uma avaliação imediata da maneira com que foi atendido e cuidado (Pinheiro, 2005). Não basta tratar de um paciente quando este não sente confiança, antes de sentir confiança no profissional de saúde este tem que sentir segurança na pessoa que está por detrás da bata.

Segundo Franco e Alves (2005), a satisfação do paciente está relacionada com a quantidade de informação recebida na consulta, com a comunicação social, e com a competência técnica e interpessoal. Esses aspetos fortificam a confiança que o paciente assegura ao médico (Robertson, Dixon & Legrand, 2008). Outra razão que tem gerado discussão deve-se ao fato do processo de humanização. Assim, a importância da receção, a cumplicidade e a forma natural das relações de entreajuda devem andar intimamente ligadas ao conhecimento científico, com o objetivo de recuperar a saúde e a dignidade do paciente, funções que devem ser prioritárias do atendimento médico (Ezequiel *et al.*, 2008).

Muitas vezes, antes da consulta, a paciente mostrava-se ansiosa e questionava qualquer gesto inesperado, ligando imediatamente este gesto a um estímulo negativo, como por exemplo, o barulho da turbina ou o som do aspirador. Estes sons deixavam a paciente pouco à vontade e nem sempre colaborativa com os tratamentos.



Por isso a construção de uma boa relação medico-paciente foi fundamental para que os comportamentos por parte desta, fossem de colaboração e entreajuda a fim de efetuar os tratamentos dentários necessários.

Segundo Azodo, C.(2012), a forma com que a pessoa lida com a doença está diretamente ligada à forma como ela a percebe e a interpreta. Essa percepção é mediada por diversos fatores como a história de vida, experiências positivas e negativas como o adoecimento, modelos comportamentais e cognitivos aprendidos, além de vulnerabilidades pessoais e contingências ambientais. A reestruturação nessa percepção pode potencializar a emissão de comportamentos mais saudáveis. Esta afirmação explica que a vivência da paciente pode alterar a sua percepção geral de saúde e a negligência da mesma na saúde oral.

Pode então concluir-se, que a relação médico - paciente deverá ter como base um genuíno e verdadeiro respeito mútuo, em que o conhecimento das ciências biomédicas, por parte do médico, possa contribuir para a preservação da saúde do paciente, bem como o aumento da sua qualidade de vida.

Os tratamentos foram realizados com base nestes estudos, pois existiu a confiança necessária para que a paciente compreendesse tudo o que era feito, mesmo os tratamentos mais lesivos e menos aceites por parte da mesma, era para o seu próprio bem. No final dos tratamentos a estética voltou a fazer parte da percepção da paciente algo que já tinha perdido há muitos anos.

#### **IV - Isolamento Absoluto vs Isolamento relativo**

O Isolamento absoluto tem como principal objetivo manter o campo operatório limpo e sem qualquer tipo de humidade que esteja inerente à cavidade oral, e é mais utilizado em dentisteria e endodontia. Segundo um estudo sobre “Isolamento do Campo Operatório: Panorama de Utilização em Consultórios e Clínicas Privadas de Belo Horizonte, MG, Brasil” de 2011, o isolamento absoluto tem muitas vantagens e deveria ser utilizado tanto para a segurança biológica do operador, como para o sucesso do tratamento proposto. Segundo (Mondelli J. 2006), a utilização de isolamento absoluto tem como vantagens manter o campo operatório totalmente seco e sem contaminação microbiana, proteger os tecidos moles, facilitar o acesso e a visibilidade do local onde o médico dentista irá operar. Segundo o mesmo autor o uso do dique de borracha facilita, melhora e torna mais rápida a realização dos tratamentos endodônticos, sendo indicado na obtenção de um ambiente asséptico, protegendo o paciente de deglutir objetos cortantes.

Segundo Pedrosa, F. A. do S. (2014) o isolamento absoluto contribui para uma maior rapidez de execução dos tratamentos, pois como o campo operatório está isolado, não existe partes anatómicas da cavidade oral que interfiram com os procedimentos dentários.

Existem algumas desvantagens na utilização do isolamento absoluto, segundo o estudo acima referido, foram verificados alguns casos de alergia ao material do dique de borracha, o latex. Para pacientes com problemas psicológicos e com asma o uso deste também está contraindicado.

Existem disponíveis, além do isolamento absoluto, outras formas que permitem controlar a humidade da cavidade oral, como é o caso do isolamento relativo.

Segundo Ribeiro, CM & Myaki, SI, 2006, o isolamento relativo só deve ser utilizado caso não seja possível a utilização do isolamento absoluto, ou por motivos de alguma contraindicação acima referida. O seu uso é indicado em procedimentos odontológicos de curta duração (aplicação de fluoretos, restaurações provisórias, cimentação de próteses e de dispositivos ortodônticos).

Segundo Pedrosa, F. A. do S. (2014) o isolamento relativo apresenta bons resultados no que se refere ao controle da contaminação e também bons resultados clínicos relacionados à longevidade e aparência das restaurações.

Por todas as razões antes mencionadas, optámos sempre por fazer todos os tratamentos restauradores e endodônticos com isolamento absoluto. Este foi explicado à paciente, e mesmo com todos os problemas de instabilidade emocional que tem e o desconforto inerente do isolamento absoluto foi possível fazer quase a totalidade dos tratamentos com isolamento absoluto, excetuando a restauração do dente 4.7. Nessa consulta a paciente revelou sintomas de falta de dar e foi impossível fazer a restauração direta do dente 4.7 com isolamento absoluto. A opção de tratamento foi explicada assim como os riscos de contaminação que estariam associados ao mesmo. Foi executado isolamento relativo e terminada a restauração definitiva do dente 4.7.

## Bibliografia

- Almeida, M., Tavares, R. S., Mourão, J., & Carvalho, J. F. C. (2013). Deep neck infections with dental origin - 105 cases review. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria E Cirurgia Maxilofacial*, 54(4), 197–202.
- Almeida, P. D. V, Grégio, A. M. T., Brancher, J. A., Ignácio, S. A., Machado, M. Â. N., de Lima, A. A. S., & Azevedo, L. R. (2008). Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 106(1), 882–889.
- Assaoka, S. K., Cesar, E. A., e Oliveira, F. de J. (2014). *Prótese Dentária - Principios Fundamentais - Técnicas Laboratoriais*. Editora Napoleão Ltda.
- Azodo, C. C., Ezeja, E. B., Omoaregba, J. O., & James, B. O. (2012). Oral health of psychiatric patients: The nurse's perspective. *International Journal of Dental Hygiene*, 10(4), 245–249.
- Baat C, Witter D. J., Creugers N. H. (2011) Acrylic resin removable partial dentures. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 118(1):32-7.
- Borin, G., Becker, A.N. e Oliveira, E. P.M (2007). A História do Hipoclorito de Sódio e a sua Importância como Substancia Auxiliar no Preparo Químico Mecânico de Canais Radiculares. *Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line*, 3(5), pp.1-5.
- Brown, R. S., & Rhodus, N. L. (2005). Epinephrine and local anesthesia revisited. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 100(4), 401–408.
- Carr, A.B., McGivney, G.P., Brown. D.T. (2006). *McCracken Prótesis parcial removable*. Madrid, Elsevier.

Cincurá, L., Santos, S., Antônio, E., Ramos, G., Roberta, C., & Vieira, L. (2006). Etiopatogenia do cisto radicular. Parte I, 69–74.

Cohen, S. e Hargreaves, K. (2007). *Caminhos da polpa. 9º ed.* Moby Elsevier, Rio de Janeiro.

Conceição Dantas de Medeiros, Fabianna, De Araújo- Silva, Thiago F, Alves Ferreira, Kleiton, Bezerra de Oliveira-Moura, Jamile M, Pinheiro Cavalcanti-Lima, Isabela, Guerra-Seabra, Eduardo J. (2015). Uso de próteses dentales y su relación con lesiones orales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 603-613.

Dias, A. A. (2007). *Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e Práticas.*

Escoda, C. G., e Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirugía Bucal.* Madrid, Espanha: Ergon.

Estrela, C., *et alii.* (2008). Eficácia da Condensação Lateral de Gutta-Percha no Selamento Endodôntico. *Revista Odontologica do Brasil-Central*, 17(43), pp. 56-64.

Ferreira, M. M., Albuquerque, B., Paulo, S., Ginjeira, A., & Capelas, J. A. (2007). Glossário de termos endodônticos: Parte I - A a F. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria E Cirurgia Maxilofacial*, 48(4), 247–255.

Fonseca, Marciani, Turvey. (2009). *Oral and Maxilofacial Surgery.* (2ª ed). Vol. 1. St. Louis. Estados Unidos da América: Elsevier.

Freires, I. A. e Cavalcanti, Y. W. (2011). Proteção do complexo dentino-pulpar: indicações, técnicas e materiais para uma boa prática clínica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13(4), pp. 69-80.

Gabardo, M.C.L. (2009). Microbiologia do insucesso do tratamento endodôntico. *Revista Gestão & Saúde*, 1(1), pp.11-17

Gowda, E. M., Bhat, P. S., & Swamy, M. M. (2007). Dental health requirements for psychiatric patients. *Medical Journal Armed Forces India*, 63(4), 328–330.

Heymann, H. O. (2013). *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry.* Missouri: Elsevier.

- Hilton, Thomas J.; Ferracane, Jack L.; Broome, J. C. (2013). *Summitt's Fundamentals of Operative Dentistry: A Contemporary Approach*. Hanover Park: Quintessence.
- Hupp, J. R., Hellis, E., e Tucker, M. R. (2008). *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea* (5ª edição).
- Jeyapalan, V., & Krishnan, C. S. (2015). Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes- A Literature Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 9(6), ZE14–7.
- Johnson, W. T. e Gutmann, J. L. (2007). Obturação do sistema de canais radiculares limpos e modelados. *In: Cohen, S. e Hargreaves, K. M. Mobby Elsevier 9º Ed. Cap. 10. Caminhos da Polpa*. Rio de Janeiro, pp. 358- 399.
- Kliemann C, Oliveira W. Manual de Prótese Parcial Removível. (2006) Brazil, São Paulo
- Mann, V., *et alii*. (2007). Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature – part 2. Influence of clinical factors. *Internacional Endodontic Journal*, 41, pp. 6-31.
- M<sup>a</sup> de Los Ángeles, F., R., P. G., Marcelo Mardones, M., & Rodrigo Bravo, A. (2014). Complicaciones severas de infecciones odontogénicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 529–533.
- Medeiros, L. A., Ramiro, F. M.S., Lima, C.A.A., Souza, L. M. A., Fortes, T. M. V., Groppo, F. C. (2013). Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores, pp. 357–363.
- Milia, E., Cumbo, E., Jose A. Cardoso, R., & Gallina, G. (2012). Current Dental Adhesives Systems. A Narrative Review. *Current Pharmaceutical Design*, 18(34), 5542–5552.
- Moreira Carneiro A. C., Correia A. R. M., Campos J. C. R., Fonseca P., Mesquita P., Figueiral M. H. (2013) Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*.

Olate, S. *et alii.* (2006). Extracciones e indicaciones de extracciones dentales en población rural chilena de 11 a 30 años. *Avances en odontoestomatología*, 22 (2), pp.119-124.

Opitz, D., Camerer, C., Camerer, D. M., Raguse, J. D., Menneking, H., Hoffmeister, B., & Adolphs, N. (2015). Incidence and management of severe odontogenic infections - A retrospective analysis from 2004 to 2011. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 43(2), 285–289.

Pedrosa, F. A. do S., da Silveira, R. R., Yamauti, M., de Castro, C. D. L., & de Freitas, A. B. D. A. (2011). Isolamento do campo operatório: Panorama de utilização em consultórios e clínicas privadas de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clinica Integrada*, 11(3).

Peterson E., H., Tucker (2005) Cirurgia Oral e Maxilofacial (3ª ed) Rio de Janeiro, Brasil.

Petrie, C. S., Walker, M. P., e Williams, K. (2005). A survey of U.S. prosthodontists and dental schools on the current materials and methods for final impressions for complete denture prosthodontics. *Journal of Prosthodontics*, 14(4), 253–262.

Pretel, H., *et alii.* (2011). Comparação entre soluções irrigadoras na endodontia: clorexidina x hipoclorito de sódio. *RGO – Revista Gaúcha Odontologica*, 59(0), pp. 127-132.

Reis, J., Melo, P. (2003). A cárie dentária, uma doença infecciosa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 21 (1), pp. 35-40.

Ribeiro, D. G., Pavarina, A. C., Giampaolo, E. T., Machado, A. L., Jorge, J. H., & Sasso Garcia, P. P. N. (2009). Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers longitudinal study. *Gerodontology*, 26(2), 150–156.

Ryamundo, A., *et alii.* (2005). Análise radiográfica do preenchimento de canais laterais por quarto diferentes técnicas de obturação. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 2(2), pp. 23-27.

Roberson M. Theodore, Heymann O. Harald., Swift J. Edward (2006) Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry (5th edition) Philadelphia, USA.



- Schwendicke, F., Tzschoppe, M., & Paris, S. (2015). Radiographic caries detection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(8).
- Skupien, J. A., Opdam, N. J., Winnen, R., Bronkhorst, E. M., Kreulen, C. M., Pereira-Cenci, T., & Huysmans, M. C. (2016). Survival of restored endodontically treated teeth in relation to periodontal status. *Brazilian Dental Journal*, 27(1), 37–40.
- Soares, I.J., Goldberg, F. (2001). *Endodontia Técnica e Fundamentos*, São Paulo, Artmed Editora LTDA.
- Soares, I. J. e Goldberg, F. (2001a). Procedimentos para o Diagnóstico em Endodontia. In: *Endodontia Técnica e Fundamentos*. Cap. 2. Porto Alegre. Ed. Artmed. pp. 29-77.
- Soares, I. J. e Goldberg, F. (2001b). Técnicas de Obturação que Empregam a Guta-Percha Termoplastificada. In: *Endodontia Técnica e Fundamentos*. Cap. 10. Porto Alegre. Ed. Artmed. pp. 191-199.
- Stern, R. M. (2012). Removable partial dentures. *The International Journal of Prosthodontics*, 22(5), 508–11.
- Sundquist, G. (2004). Tratamento Endodôntico da Periodontite Apical. In: Orstavik, D. *Fundamentos da Endodontia Prevenção e Tratamento da Periodontite Apical*. Livraria Santos Editora Lda, pp. 242-277.
- Teles, A. C. M. M. (2002). Estudo Comparativo da capacidade de selamento de três técnicas de obturação de canais radiculares. *Tese de Dissertação de Mestrado*, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
- Touré, B. et alii. (2011). Analysis of Reasons for extraction of Endodontically Treated Teeth: A Prospective Study. *Journal of Endodontics*, 37 (11), pp.1512-1515.
- Veloso, V., Da, M., & Gaspar, J. C. (2016). A relação médico-paciente na ótica dos usuários a physician-patient relationship in view of users, 16, 6–11.
- Volpato, C. A. M., Garbelotto, L. G. D., Zani, I. M., e Vasconcellos, D. K. (2012). *Próteses Odontológicas: Uma visão contemporânea – Fundamentos e Procedimentos*. São Paulo, Brasil: Santos.

Wöstmann, B., Budtz-Jørgensen, E., Jepson, N., Mushimoto, E., Palmqvist, S., Sofou, A., e Owall, B. (2005). Indications for removable partial dentures: a literature review. *The International Journal of Prosthodontics*, 18(2), 139–45.

Zero, D. T., Fontana, M., Martínez-Mier, E. A., Ferreira-Zandoná, A., Ando, M., González-Cabezas, C., & Bayne, S. (2009). The Biology, Prevention, Diagnosis and Treatment of Dental Caries. *The Journal of the American Dental Association*, 140 (September), 25S–34S.

Zhu, Y., e Hollis, J. H. (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal of Dentistry*, 42(11), 1428–1435.

## **Anexos**